



Gesetzliche Regelung zur Zuzahlung bei Krankenhausaufenthalten ab 1. Januar 2010

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

als volljähriger Versicherter in der gesetzlichen Krankenversicherung §39 Abs.4 SGB V sind Sie bei einem vollstationären Krankenhausaufenthalt verpflichtet, eine Eigenbeteiligung in Höhe von 10,00 € pro Behandlungstag zu übernehmen, sofern Sie nicht insgesamt von Zuzahlungen befreit sind. Diese Zuzahlungspflicht ist auf maximal 28 Tage im Kalenderjahr begrenzt. **Der Gesetzgeber hat die Einziehung dieser Zuzahlungen nunmehr vollständig auf die Krankenhäuser übertragen.** Die Krankenhäuser sind daher gesetzlich verpflichtet, diese Zuzahlungen notfalls mit **Zwangsmitteln einzuziehen.** Die Zuzahlungen sind jedoch eine Forderung Ihrer Krankenkasse und werden von den Krankenhäusern nicht einbehalten, sondern an diese weitergeleitet. Die Krankenhäuser handeln lediglich im Auftrag Ihrer Krankenkasse. **Bitte vermeiden Sie Unannehmlichkeiten und entrichten den fälligen Zuzahlungsbetrag nach schriftlicher Zuzahlungsaufforderung durch unser Krankenhaus. Alternativ können Sie natürlich die Zuzahlung auch bar oder per EC Karte am Entlassungstag an unserer Kasse bzw. am Empfang entrichten.**

Vielen Dank für Ihr Verständnis
Ihr Krankenhaus

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass ich für längstens 28 Tage im Kalenderjahr pro Tag 10,00 € für Krankenhausbehandlung zu zahlen habe. Den sich ergebenden Zuzahlungsbetrag werde ich, nach Zahlungsaufforderung durch das Deutsche Zentrum für Kinder- und Jugendrheumatologie in Garmisch-Partenkirchen, entrichten.

per Rechnungstellung entrichten.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Patienten/in

Ich erkläre hiermit, dass ich in diesem Jahr bereits stationäre Krankenhausbehandlungen/Rehabilitationsleistungen in Anspruch genommen und eine Zuzahlung in Höhe von _____ € geleistet habe. **Die bereits geleisteten Vortage können nur berücksichtigt werden, wenn die entsprechende Quittung vorgelegt wird.**

Ort/Datum

Unterschrift des/der Patienten/in

Ich erkläre hiermit, dass ich von der Zuzahlung nach §39 Abs.4 in Verbindung mit §61 und §62 SGB V befreit bin. Der entsprechende Befreiungsausweis ist bei der stationären Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen.

Ort/Datum

Unterschrift des/der Patienten/in